FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RAYMOND GALLICE

Né à Langeac (Hte-Loire), le 4 Octobre 1897

LES PLEURÉSIES

ENKYSTÉES ET CLOISONNÉES

DE LA GRANDE CAVITÉ

Etude Clinique et Radiologique - Essai sur leur Pathogénie

Président : M. E. SERGENT, *Professeur*

PARIS

AMEDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1924

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BESANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.	
RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.
LÉRI.	Clinique médicale.
LŒPER.	Clinique médicale.

MM	
OMBRÉDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY	Clinique médicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.	Clinique ophtalmologique

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
N...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE

MON ARRIÈRE-GRAND-PÈRE

Le Docteur Pierre GALLICE

Décoré de la médaille de Ste-Hélène

Mort dans les neiges

Victime de son dévouement aux malades

ET DE

MON GRAND-PÈRE

Le Docteur Alfred GALLICE

Chevalier de la Légion d'Honneur

A

MON PÈRE

Le Docteur Frédéric GALLICE

ET

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A

M. le Professeur Emile SERGENT

Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de la Charité

Introduction

L'étude des pleurésies localisées n'est pas toute récente. Laënnec les connaisait et, vers la même époque, Andral, dans ses cliniques médicales, rapportait deux observations de pleurésies enkystées du sommet. Plus tard Dieulafoy leur consacra quelques-unes de ces magistrales cliniques qui faisaient affluer les auditeurs autour de sa chaire et donna une description de la pleurésie interlobaire qui malgré les années est restée classique. Plus près de nous, de nombreux auteurs se sont occupés de cette question et ont décrit de nouvelles variétés de pleurésies localisées en étayant leurs observations cliniques par les rapides progrès réalisés dans les procédés d'examen avec les rayons X. Mais l'emploi isolé de la radiologie était insuffisant pour permettre de percevoir exactement leur morphologie : les images obtenues étaient sans netteté, à contours flous, et grisaillées. Les pleurésies cloisonnées en particulier restaient presque ignorées : la clinique les soupçonnait parfois mais bien souvent l'autopsie seule en apportait la démonstration. Ces dernières années seulement, MM. P. E. Weil et Loiseleur sont venus apporter dans cette demi-obscurité

un rayon de lumière .Par l'emploi systématique et combiné de la pneumo-séreuse et de la radiologie, l'étude des pleurésies enkystées et cloisonnées est devenue infiniment plus fructueuse. MM. Weil et Loiseleur leur ont eux-même consacré plusieurs articles et, l'année dernière, M. le professeur Sergent mettait la question au point dans une de ses belles leçons cliniques de la Charité.

Ayant eu l'occasion, dans les divers services hospitaliers où nous avons passé, d'observer un certain nombre de ces pleurésies localisées ou cloisonnées de la grande cavité, nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant de les grouper et de les examiner à la lumière des travaux précédents.

Dans la première partie de ce travail, nous passerons rapidement en revue les différents types de pleurésie enkystée ou cloisonnée de la grande cavité du point de vue clinique et radiologique.

Dans une seconde partie nous exposerons les observations que nous avons réunies.

Dans la troisième partie nous essayerons d'en expliquer la pathogénie en nous inspirant tout particulièrement des travaux récents de M. le Professeur Sergent, dans le service duquel nous avons fait un long stage et qui a bien voulu nous permettre d'utiliser quelques-unes de ses observations.

Enfin nous tacherons d'en tirer des conclusions.

Il nous est particulièrement agréable de remercier ici, notre Maître, M. le Professeur Sergent, de la grande bienveillance qu'il nous a toujours montrée et

dont il nous donne aujourd'hui un nouveau témoignage en acceptant de présider la discussion de notre thèse. «Tu éléveras celui qui t'a enseigné l'Art au rang de l'auteur de tes jours », disait Hippocrate dans le fameux « Traité du Serment » qui constitue la première charte du médecin. C'est pourquoi, dès les premières pages de ce travail, à la suite des modestes médecins de campagne, nos ancêtres directs, qui pendant plus d'un siècle ont mis leur dévouement au service des malades, allant jusqu'à sacrifier leur propre vie pour apporter à ceux-ci, par tous les temps, le soulagement auquel ils avaient droit, nous avons tenu à placer le nom du Maître éminent dont il nous a été donné de recevoir l'enseignement et l'exemple. Qu'il veuille bien acepter ici ce faible témoignage de notre immense gratitude.

Nous devons également remercier tout particulièrement M. le Dr Courcoux, Médecin de la Charité, qui nous enseigna les premiers élements de la pathologie pulmonaire dans son service de l'Hôpital Andral et qui a bien voulu nous autoriser à publier quelques-unes de ses obaservations, ainsi que M. le Dr Cottenot, chef du laboratoire de radiologie de la Clinique Médicale, qui a mis aimablement à notre disposition sa collection des clichés radiographiques.

Etude Clinique et Radiologique

Nous n'avons pas la prétention de donner ici une revue générale sur les pleurésies enkystées et cloisonnées. Néanmoins, il nous paraît difficile de traiter ce vaste sujet sans faire une étude clinique sommaire des différents types de ces pleurésies et sans préciser quelque peu leur architecture si variée.

A. Pleurésies diverticulaires. — Les diverticules de la plèvre, sont des sièges fréquents de localisation pour les épanchements pleuraux, mais nos observations ayant surtout porté sur les pleurésies de la grande cavité, nous nous contenterons de mentionner ces pleurésies diverticulaires sans entrer dans de grands détails à leur sujet. Ces épanchements souvent rencontrés dans l'interlobe ou la plèvre diaphragmatique, moins souvent dans la plèvre médiastine, sont en général purulents. Leur symptômes cliniques et les images radiologiques qu'ils donnent sont d'habitude assez nets pour que le diagnostic en soit aisé. Aussi ont-ils été bien étudiés et leur symptomatologie paraît aujourd'hui parfaitement établie.

B. Pleurésies enkystées de la grande cavité. — Elles paraissaient autrefois moins fréquentes que les pleurésies diverticulaires, mais la pratique systématique de l'examen radioscopique dans toutes les affections de l'appareil respiratoire a démontré qu'elles ne sont pas rares. Ces pleurésies peuvent être uniloculaires ou multiloculaires et siéger en un point quelconque de la cavité pleurale. Elles ont cependant un certain nombre de lieux d'élection que nous allons successivement examiner.

1° *Pleurésies du sommet.* — Sans être fréquentes, elles ne sont cependant pas exceptionnelles. Laënnec avait décrit, le premier, ces « pleurésies circonscrites, très peu étendues, dans lesquelles l'épanchement n'était que d'une ou deux cuillérées vers le sommet d'un poumon, adhérent partout ailleurs ».

Andral en avait rapporté deux cas et depuis, de nombreux travaux leur ont été consacrés. Ces pleurésies du sommet sont, la plupart du temps, secondaires à une pneumonie ou à une broncho-pneumonie et ce sont des pleurésies purulentes à pneumocoques ; les pleurésies séro-fibrineuses sont infiniment plus rares.

Leur symptomatologie est à connaître, car elles peuvent facilement égarer le diagnostic, en donnant l'illusion, soit d'un bloc pneumonique, soit d'une infiltration tuberculeuse du sommet, ou, chez l'enfant, d'une tuberculose ganglio-pulmonaire

unilatérale. Après une vomique qui peut passer inaperçue, vu la faible quantité de l'épanchement, on les prend presque fatalement pour une caverne pulmonaire.

Les symptômes sont variables et souvent anormaux, on s'appuiera surtout sur la matité absolue, avec résistance au doigt occupant toute la région du sommet, les fosses sus et sous-épineuses, la région sous-claviculaire et l'aisselle. A l'auscultation, la respiration est tantôt très diminuée et tantôt remplacée par un souffle tubaire de compression bronchique. Dans des cas rares l'épanchement peut comprimer les organes du cou et donner des symptômes hors de proportion avec son importance. La radioscopie montre une opacité nette du sommet limitée inférieurement par une ligne courbe, concave en haut. La ponction exploratrice qui doit être pratiquée en avant sous la clavicule, permet d'affirmer le diagnostic.

2° *Pleurésies axillaires.* — Elles ont été particulièrement bien étudiées par P. E. Weil et Loiseleur. Ces pleurésies sont beaucoup plus fréquentes que les précédentes, cependant en raison de leurs signes discrets, elles échappent souvent à un examen clinique rapide : ce sont des trouvailles de radiologie. Les pleurésies axillaires sont suspendues dans la cavité pleurale ; elles peuvent être séro-fibrineuses ou hémorragiques, mais dans la grande majorité des cas, elles sont purulentes, générale-

ment pneumococciques. La plupart du temps, elles succèdent à une pleurésie de la grande cavité qui s'enkyste secondairement dans la région axillaire. C'était le cas chez la jeune fille qui fait l'objet de notre première observation : la poche purulente enkystée était le reliquat d'une longue et abondante pleurésie séro-fibrineuse ayant débuté plus d'un an auparavant et abouti à ce stade d'enkystement après plusieurs rémissions de durée variable. Nous reviendrons sur ces faits lorsque nous discuterons la pathogénie de ces affections, mais nous notons, en passant, que la notion d'une pleurésie antérieure récente ayant été longue à se résoudre doit aiguiller le diagnostic dans ce sens et faire rechercher les signes de la pleurésie axillaire.

Les symptômes sont parfois réduits à leur minimum : la température est peu élevée, oscillant entre 37° et 38°, l'expectoration est peu abondante, mais on observe généralement la toux quinteuse caractéristique des lésions pleurales. Le point de côté fait souvent défaut ; les malades sont amaigris et leur appétit est nul. Si l'on pratique avec soin la percussion, on arrive à délimiter une zone de matité sous-axillaire, empiétant plus ou moins sur la région antérieure du thorax, avec silence respiratoire contrastant franchement avec le retour de la sonorité et du murmure vésiculaire accompagné de frottements pleuraux dans le reste de l'hémithorax. Si la poche siège à gauche, l'espace de Traube reste sonore bien que l'épanchement puisse être consi-

dérable et refouler le cœur à droite. On fait alors une ponction exploratrice mais il faut bien se souvenir que ces pleurésies sont souvent « bloquées » et qu'alors la ponction restera négative tant qu'on n'aura pas eu la précaution de faire passer quelques centimètres cubes d'air dans la poche enkystée ou de ponctionner avec deux aiguilles. Le liquide retiré sera la plupart du temps purulent et l'examen de laboratoire y révélera du pneumocoque.

L'image radioscopique est caractéristique (voir fig. I). C'est celle d'un « petit pain étalé, presque aussi large que long », dont la base répond à la paroi axillaire et dont la partie convexe décrit une courbe elliptique qui part du sommet de l'aisselle, se rapproche plus ou moins du médiastin, peut même adhérer au péricarde et va rejoindre le gril costal un peu au-dessus du sinus costo-diaphragmatique. Ce sinus reste libre en général et le diaphragme est régulier et sans adhérences.

Il est bon de vider la poche et de l'insuffler avant l'examen radioscopique, comme le recommandent MM. Weil et Loiseleur. On obtient alors une image d'hydro ou pyo-pneumothorax qui permet de se rendre compte plus exactement de l'épaisseur de la coque pleurale, de ses adhérences et parfois met en évidence plusieurs niveaux de liquide montrant que la poche n'est pas seulement enkystée mais encore partiellement cloisonnée dans l'intérieur de sa cavité : c'est ce que nous avons eu l'occasion de constater dans un cas publié précédemment par le

Professeur Sergent, à propos d'une poche enkystée de la base dont nous allons parler.

3° *Pleurésies de la base.* — Ces pleurésies peuvent être enkystées d'emblée ou secondairement. Le Professeur Sergent a décrit leur allure parfois un peu spéciale. La plupart du temps, elles sont bien limitées à la base, comblant tout le cul-de-sac costo-diaphragmatique et remontant plus ou moins haut dans la cavité pleurale. Dans cette région on trouve les signes habituels des épanchements de la grande cavité, limités en général à la matité, l'abolition des vibrations et le silence respiratoire, les conditions physiques de l'épanchement étant défavorables à l'apparition des autres symptômes tels que le souffle ou la pectoriloquie aphone. La ponction ne ramène du liquide que si elle est faite dans les limites mêmes de la matité.

La matité de l'espace de Traube contrastant avec de la simple submatité ou même de la sonorité à la base gauche en arrière, accompagnée de la perception du murmure vésiculaire dans cette région avec ou sans frottements surajoutés, doit faire songer à une poche de la base gauche enkystée dans la région antérieure et rechercher sa confirmation par la ponction exploratrice.

La pneumo-séreuse suivie d'un examen radioscopique permet de distinguer nettement une gangue pleurale parfois très épaisse, s'accrochant d'un côté au gril costal et adhérant, d'autre part, à la plèvre

viscérale, formant une sorte de coupole sous-tendue par l'air insufflé et limitant une poche claire qui surmonte l'opacité franche du liquide résiduel remplissant le cul-de-sac (Voir fig. II). Il n'est pas rare que la poche soit elle-même cloisonnée par des brides pleurales ; on peut voir, alors, une série de niveaux opaques surmontés chacun par une petite bulle d'air. On pourra voir une pareille image dans notre deuxième observation.

Mais, d'autres fois, ces pleurésies de la base sont associées à une pleurésie diaphragmatique. Ces épanchements sont alors secondaires, la collection qui remplissait le diverticule diaphragmatique ayant gagné de proche en proche la grande cavité. Dans ces cas, tout le tableau clinique est dominé par le syndrome diaphragmatique, mais l'examen radioscopique lui-même n'est pas toujours suffisant pour imposer un diagnostic ferme. Les ponctions répétées restent souvent obstinément négatives en raison de la difficulté qu'il y a pour atteindre ces collections profondes et ce n'est qu'apres propagation à la grande cavité, qu'il est possible de retirer du liquide. Ce fut le cas chez un malade dont l'observation a déjà été publiée par le Professeur Sergent et qui finit par mourir d'asystolie. L'autopsie confirma le diagnostic de pleurésie diaphragmatique et montra que la membrane enkystante pyogène, s'étendait sur la plèvre de la grande cavité et avait associé une pleurésie de la base à l'épanchement diaphragmatique primitif.

C. *Pleurésies cloisonnées de la grande cavité.* — Ces pleurésies nous retiendront un peu plus longtemps en raison de leur importance et de leur architecture extrêmement variée. Longtemps elles furent méconnues et constituaient des trouvailles d'autopsie ; et le fait s'explique aisément si l'on remarque que, même avec l'aide des rayons X, employés isolément, il est impossible de les diagnostiquer. L'image obtenue montre seulement une opacité plus ou moins complète de l'hémithorax : de la grisaille à contours flous.

Mais si l'on a eu la précaution de faire avant l'examen radiologique, une injection d'air dans la plèvre, l'aspect change complètement, comme si l'on avait projeté un rayon de lumière dans une pièce obscure. Les moindres détails ressortent aussitôt. Il est facile de se rendre compte de l'état de la plèvre, de son épaississement, de ses adhérences ; le diaphragme primitivement masqué par l'épanchement, devient visible : on peut explorer sa mobilité et l'état des culs-de-sac pleuraux. L'épanchement lui-même, franchement opaque, tranche violemment sur la clarté environnante ; sa limite supérieure est nette, mobile avec les mouvements imprimés au malade, parfois avec les battements cardiaques. Il n'est pas rare alors de voir plusieurs images hydro-aériques de pneumo-séreuses superposées. Depuis que MM. Weil et Loiseleur ont vulgarisé leur méthode d'exploration radiologique des séreuses, ces formes à étages ont été fré-

quemment observées et de nombreux travaux leur ont été consacrés en particulier par M. Barjon et par le Professeur Sergent.

Ces pleurésies cloisonnées, bien qu'elles proviennent souvent d'un processus analogue, diffèrent nettement des pleurésies enkystées. Dans ces dernières, en effet, la poche de liquide est rigoureusement fermée ; au contraire, dans la pleurésie cloisonnée, les logettes communiquent toujours plus ou moins largement avec la grande cavité pleurale. Il arrive parfois, d'ailleurs, que la poche enkystée présente elle-même un cloisonnement partiel de sa cavité ; il s'agit alors souvent d'un processus pathogénique particulier sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

Est-il possible de soupçonner cliniquement la forme de ces épanchements ? La notion d'une affection pleurale antérieure est un bon signe de présomption. De même, la sonorité persistante de l'espace de Traube dans un épanchement paraissant considérable à gauche, la constatation d'une matité suspendue ou d'une bande de sonorité entre deux zones mates, doivent éveiller l'idée d'une pleurésie cloisonnée. Souvent on observe les signes complets d'un gros épanchement pleural ; on fait une ponction évacuatrice et l'on est surpris par la faible quantité de liquide qu'elle permet de retirer. Si l'on injecte alors une certaine quantité d'air à la place du liquide enlevé et qu'on conduise le malade sous l'écran, on peut constater la présence

d'une série de niveaux liquidiens. On comprend, dès lors, que le liquide étant dispersé dans plusieurs logettes, il n'a été possible de vider que celle où le trocart avait pénétré. Il est d'ailleurs fréquent que ces pleurésies aient une quantité de liquide relativement faible. Nous reviendrons sur ce fait à l'occasion de l'étude pathogénique.

Les logettes constituant ces pleurésies à étages sont formées par des brides ou de légers cloisonnements qu'on aperçoit au-dessus du niveau de l'épanchement. Ces adhérences peuvent prendre les formes les plus variées. Tantôt elles ressemblent à ces nids d'oiseaux que l'on voit dans les campagnes, accrochés aux murs rugueux des fermes, ou nichés sous les toits en auvent (fig. III), tantôt elles affectent l'aspect d'escaliers pouvant présenter un nombre plus ou moins considérable de marches (fig. IV et V). Parfois il est aisé de les transformer en cascades : il suffit alors de faire pencher le malade et l'on voit le liquide des paliers supérieurs se déverser dans la mare qui stagne à la base de la grande cavité et submerge le cul-de-sac costo-diaphragmatique. L'aspect devient alors totalement différent : le thorax est uniformément gris avec quelques traînées plus opaques et toute la masse du liquide rassemblée dans la partie la plus déclive. Dans ces cas, il est généralement possible, de renouveler l'expérience en faisant prendre, au sujet, une nouvelle position appropriée. C'est ce que nous avons eu l'occasion d'observer chez un malade dont le Pro-

fesseur Sergent a déjà décrit l'histoire et qui fait l'objet de notre 4e observation. L'image obtenue était celle d'une pneumo-séreuse avec une grande quantité de niveaux et le cliché radiographique faisait songer à « la coupe pratiquée sur un sol dans lequel cheminaient plusieurs canalisations d'égouts superposées ». Lorsque le malade se penchait en avant, puis se replaçait sous l'écran, tous ces petits tunnels disparaissaient, mais il suffisait, pour les reconstituer, de le faire coucher quelques instants sur le dos. Quand il se relevait, chacune des petites vasques constituées par les multiples cloisonnements de sa plèvre, retenait un peu de liquide et rétablisait ainsi l'image primitive.

De semblables constatations ne sont pas exceptionnelles. Cependant il ne faudrait pas compter les retrouver dans toutes les pleurésies cloisonnées ; souvent, en effet, les logettes pleurales communiquent suffisamment avec la grande cavité pour laisser passer l'air et donner une image hydro-aérique, mais l'ouverture est insuffisante pour permettre le passage du liquide. D'autres fois elle ne se fait pas dans le même sens pour toutes les logettes et l'on doit faire prendre, au patient, plusieurs positions successives avant d'arriver à les vider totalement.

***

Avant de clore cette rapide étude, il nous paraît légitime d'en tirer quelques déductions pratiques

concernant le diagnostic clinique de ces formes de pleurésies.

C'est d'abord que la certitude d'un épanchement enkysté ou cloisonné ne peut être apportée que par l'examen radiologique du malade ; encore faut-il, dans bien des cas, lui adjoindre la pneumo-séreuse, sous peine de frapper ses résultats de stérilité.

Ensuite que si la clinique ne peut donner aucun signe de certitude, elle est cependant susceptible d'aiguiller le diagnostic dans le sens d'une pleurésie enkystée ou cloisonnée par certains signes de probabilité.

Ces signes sont, en dehors de la notion très importante d'une pleurésie antérieure :

a) La persistance de la sonorité de l'espace de Traube dans un épanchement considérable du côté gauche, phénomène qui ne peut guère s'expliquer que par la présence d'adhérences fixant l'hémi-diaphragme en position élevée.

b) Une zone de matité circonscrite, parfois suspendue, et dans l'aire de laquelle on peut percevoir des signes d'épanchement, signes limités en général à l'abolition des vibrations et du murmure vésiculaire, les conditions physiques étant ordinairement défavorables à la production des autres signes. Une telle constatation doit faire penser plutôt à une pleurésie enkystée, les pleurésies cloisonnées pouvant donner tous les symptômes d'un épanchement généralisé.

c) Une bande de sonorité comprise entre deux zones de matité doit, au contraire, faire présumer l'existence d'une pleurésie cloisonnée.

d) Enfin, le fait que la thoracentèse, pratiquée sur un sujet présentant tous les signes d'un gros épanchement, ne donne qu'une faible quantité de liquide, doit faire songer, après vérification de la perméabilité de l'aiguille, à une pleurésie cloisonnée, le trocart n'ayant vidé que la loge dans laquelle il avait pénétré.

Rappelons, en terminant, que la ponction des pleurésies enkystées ne donne du liquide que dans les limites de l'aire de matité. Encore faut-il se souvenir que ces pleurésies peuvent être bloquées et pratiquer la ponction avec deux aiguilles superposées.

Observations

OBSERVATION I

(*Malade du service de M. Sergent*)

Mlle A..., âgée de 25 ans, exerçant la profession de découpeuse, entre à la Charité le 30 juin 1923. Elle vient de l'hôpital Saint-Antoine avec le diagnostic de pleurésie purulente bacillaire du côté gauche.

Le début de son affection remonte au mois de mai 1922, c'est-à-dire à plus d'une année. Elle dut alors s'aliter à la suite d'un violent point de côté dans l'hémithorax gauche, accompagné de fièvre et de frissons. Au bout de quelques semaines, elle part pour la campagne où son état s'améliore rapidement. Elle revient à Paris en septembre, mais un mois après, la toux reprend et elle recommence à maigrir. Elle va consulter à l'Hôpital Saint-Joseph, où on l'hospitalise ; l'examen radioscopique montre alors un épanchement abondant du côté gauche qui est évacué. Le séjour à St-Joseph dure quatre mois, durant lesquels la malade reprend du poids et la fièvre disparaît ; elle sort en avril 1923. Son état reste satisfaisant durant quelques semaines, puis les symptômes se renouvellent et elle entre à St-Antoine avec un nouvel épanchement, purulent cette fois-ci, qui est ponctionné deux fois.

C'est dans cet état qu'elle arrive à la Charité le 30 juin 1923. Son état général est très médiocre ; la température est au-dessus de la moyenne, mais peu élevée, oscillant entre 37° et

38° ; l'expectoration peu abondante. La pupille gauche est moins dilatée que la droite.

L'examen du thorax donne des signes d'épanchement localisé avec une zône de matité laissant en avant l'intégrité de l'espace de Traube et du sommet, prenant toute la région axillaire et s'étendant en arrière depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base. Dans toute cette zône, les vibrations et le murmure vésiculaire sont abolis. On les perçoit dans le reste du poumon, mais diminués d'intensité et accompagnés à l'auscultation de gros frottements. Plusieurs ponctions sont faites permettant de retirer un liquide purulent.

Les examens radiologiques, plusieurs fois répétés, montrent une poche enkystée dans la partie moyenne de l'hémithorax, siégeant surtout dans l'aisselle et en avant et laissant l'espace de Traube et le sinus éclairés.

Fig. 1.

Cette observation nous paraît être extrêmement intéressante, car elle réalise le schéma typique de la pleurésie enkystée axillaire, telle que nous l'avons décrite plus haut. On y voit la poche se former lentement à la suite d'une pleurésie d'apparence banale mais particulièrement abondante et tenace pour se localiser dans la région malade. Les signes généraux

sont peu accusés, mais les signes physiques permettent de délimiter nettement la forme de l'épanchement et de constater la persistance de sonorité de l'espace de Traube : l'examen radioscopique vient confimer son intégrité ainsi que celle du sinus costo-diaphragmatique. Enfin l'image radiologique obtenue (fig. 1) montre bien le petit pain étalé décrit par MM. Weil et Loiseleur.

OBSERVATION II

(Malade du service de M. Sergent)

M. C..., âgé de 26 ans, exerçant la profession de caoutchoutier, entre le 18 septembre 1922, pour mal à la gorge. L examen immédiat de cet homme, rendu difficile par un fort trismus, permet de constater tout d'abord une grosse tuméfaction des amygdales avec, à droite, une collection purulente en voie d'évacuation. Mais, à côté de cet accident aigu, l'exploration des autres appareils permet de découvrir une autre histoire qui avait passé inaperçue. C'est l'existence d'un épanchement de la base gauche décelé par ses signes physiques et que confirme la ponction exploratrice. Le liquide retiré est clair et citrin.

FIG. 2.

L'interrogatoire, orienté dans ce sens, révèle que le malade tousse parfois un peu le matin ; son expectoration est très peu abondante, mais on y aurait trouvé des bacilles tuberculeux. Ses antécédents pulmonaires se réduisent à une bronchite à la suite de la grippe en 1918.

Le lendemain, un nouvel examen donne des résultats totalement différents. Les signes d'épanchements perçus la veille sont remplacés par de la sonorité exagérée et plusieurs ponctions restent sans résultat. Dans les jours suivants apparaissent tous les signes d'un pneumothorax localisé en même temps qu'il est possible de percevoir en avant, dans la partie inférieure de l'hémithorax et sur la ligne mamelonnaire, un foyer de bruits à timbre humide persistant aux deux temps de la respiration. Ces bruits finissent par prendre eux-mêmes un timbre métallique accompagné d'un souffle amphorique ; ils changent de place quand on modifie la position du malade.

Une radioscopie montre l'image claire d'un hydro-pneumothorax de la base gauche ; le reste du poumon paraît obscur. On fait alors un cliché radiographique qui permet de constater l'existence d'une poche enkystée de la base avec une image hydro-aérique à trois niveaux. (Voir la fig. II).

Il y avait donc, dans ce cas là non seulement une poche enkystée de la base, mais encore un cloisonnement partiel dans l'intérieur de cette cavité. Ces conditions physiques peuvent expliquer peut-être la modification des bruits surajoutés avec les changements de position du sujet, selon que les logettes se remplissaient ou se vidaient. Nous aurons à revenir sur la signification particulière de ces cloisonnements du point de vue pathogénique.

OBSERVATION III

(Malade du service de M. Courcoux)

M. G..., âgé de 42 ans, maréchal-ferrant, entre le 18 octobre 1922, à l'Hôpital Andral. Cet homme qui a déjà eu une pleurésie séro-fibrineuse huit mois auparavant, a été pris, il y a quinze jours environ, d'un violent point de côté droit accompagné de frissons et de fièvre. L'examen révèle de suite l'existence d'un épanchement de l'hémithorax droit avec matité franche depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base. Le foie est abaissé. Les vibrations et la respiration ne sont pas complètement abolies, mais elles sont considérablement diminuées.

A gauche, les bruits sont assourdis et l'on entend quelques frottements.

Une thoracentèse est pratiquée qui permet de retirer 1.500 grammes de liquide clair qu'on remplace par 450 cm³ d'air. Dans les jours suivants, le malade étant de nouveau très dyspnéique, on lui fait une nouvelle ponction de 2 litres et on injecte encore 300 cm³ d'air. Enfin, quelques jours après, une troisième ponction qui ne donne que 100 grammes de liquide est suivie d'une injection de 4 cm³ de lipiodol dans 70 cm³ d'huile dans un but thérapeutique.

Une radioscopie est pratiquée quatre jours après. Elle met en évidence, au milieu d'une opacité diffuse de toute la partie inférieure de l'hémithorax droit, deux petites images de pneumo-séreuses à niveaux horizontaux surmontés d'une petite bulle d'air. Un peu au-dessous, on aperçoit un troisième niveau : c'est le liquide résiduel qui remplit complètement le cul-de-sac. (Voir fig. III).

Dans la suite, ce malade fit un pneumothorax spontané ; son liquide devint purulent et l'on dut l'évacuer sur un service de chirurgie où une intervention lui fut fatale.

FIG. 3.

Ce n'est plus une pleurésie enkystée que nous venons de voir, mais bien une pleurésie cloisonnée de la grande cavité, répondant au premier type que nous avons décrit. Ici de petites brides pleurales en forme de nids de pigeons ou de bénitiers ont retenu un peu de liquide et quelques gouttes de l'huile lipiodolée injectée peu de jours auparavant donnant les images caractéristiques que l'on peut voir dans la figure III. D'autre part, il importe de retenir que cet homme ayant eu une pleurésie quelques mois auparavant, il est légitime de mettre en doute l'intégrité de sa plèvre avant l'accident aigu qui l'amena sous nos yeux.

OBSERVATION IV

(Malade du service de M. Sergent)

M. C..., âgé de 50 ans, entre à la Charité le 8 mai 1922 pour un point de côté violent, accompagné de frissons et de fièvre.

Son interrogatoire révèle qu'il a déjà eu une pleurésie séro-fibrineuse cinq ans auparavant, et l'examen de l'appareil respiratoire permet de constater à gauche l'existence d'un épanchement qui paraît considérable. Tout l'hémithorax est mat en avant et en arrière ; le murmure vésiculaire et les vibrations sont complètement abolis, il est facile de retrouver la pectoriloquie aphone et l'égophonie ; le médiastin lui-même est refoulé à droite et cependant l'espace de Traube reste largement sonore. On évacue dès le lendemain 600 grammes de liquide, mais deux jours après une nouvelle thoracentèse est rendue nécessaire par l'état du malade : elle permet de retirer 2.400 grammes de liquide qui sont remplacés par 900 cm^3 d'azote. L'examen radioscopique montre une image d'hydro-pneumothorax à deux niveaux, l'un à la hauteur du hile et l'autre un peu au-dessous de la pointe du cœur qui est visible. Le médiastin est fortement dévié à droite. Quelques jours après, on fait un cliché radiographique, on constate alors l'existence de nombreux niveaux en marches d'escalier ou en tunnels dans les deux tiers inférieurs de l'hémithorax. Lorsque cet homme se penchait en avant, toutes ces petites vasques se vidaient dans le fond de la plèvre et les images des

Fig. 4.

cloisonnements disparaissaient pour redevenir visibles lorsqu'il s'était couché un instant sur le dos.

Les signes physiques se modifièrent aussi, la percussion donnant une bande de sonorité suspendue à la partie moyenne entre deux zônes de matité.

Cette observation est extrêmement intéressante ; toute l'histoire des pleurésies cloisonnées de la grande cavité y est contenue. Nous retrouvons encore là l'antécédent d'une pleurésie antérieure. D'autre part, malgré le volume considérable de l'épanchement qui atteint 3 litres et refoule le médiastin, l'espace de Traube reste sonore. Enfin la multiplicité des étages et leur large communication avec la grande cavité en font un cas type qu'il est rare de rencontrer avec une pareille netteté.

OBSERVATION V

(*Malade du service de M. Sergent*)

M. G..., âgé de 18 ans, exerçant la profession de mécanicien, entre à la Charité, le 14 mai 1923, pour dyspnée et point de côté. Le début de son affection remonte à trois jours. En revenant de son travail, il fut pris d'un violent point de côté à gauche et de frissons. Le lendemain, il est oppressé, sa température est aux environs de 39° et il commence à tousser ; toux sèche, quinteuse, sans expectoration. Son interrogatoire ne révèle aucun antécédent pulmonaire, si ce n'est une pneumonie en bas âge. Depuis, il s'est toujours bien porté et ne tousse jamais. Son état général paraît bon. L'examen clinique révèle que l'hémithorax gauche respire peu en avant, mais les vibrations et la sonorité sont conservées. En arrière, on constate de la matité dans le tiers inférieur ; les vibrations sont abolies, le murmure vésiculaire n'est pas perceptible ; on

entend un souffle pleurétique. La ponction exploratrice permet de retirer quelques centimètres cubes d'un liquide clair.

Quelques jours après, le malade étant oppressé, on fait une thoracentèse qui évacue 500 grammes de liquide environ ; on les remplace par 200 cm³ d'air et l'on conduit ce jeune homme sous l'écran où l'examen radioscopique montre une pleurésie cloisonnée avec plusieurs niveaux liquides.

Dans la suite, le liquide disparut sans nouvelle ponction, la fièvre tomba et la respiration redevint perceptible avec des frottements pleuraux. On constata à la radioscopie qu'il y avait de la rétraction de tout l'hémithorax qui paraît réticulé.

Ici l'épanchement est peu volumineux, mais il apparaît chez un jeune homme dont le passé pleural paraît vierge. D'autre part, le cloisonnement semble bien être contemporain du début de l'épanchement puisqu'on l'a constaté dès le premier examen radiologique. Dans la suite, d'autres examens montrèrent la disparition du liquide et la rétraction de l'hémithorax avec adhérence du diaphragme.

OBSERVATION VI

(Malade du service de M. Courcoux)

Cette observation va nous permettre d'assister à la genèse complète d'une forme de pleurésie cloisonnée. On nous permettra d'y insister un peu, car nous comptons nous appuyer tout particulièrement sur ce cas lors de notre interprétation pathogénique de ces pleurésies.

Il s'agit d'une jeune femme de 36 ans, Mme L..., blanchisseuse, qui rentre à l'Hôpital Andral, le 15 septembre 1923, pour point de côté et toux. Le début de son affection remonte à la fin août : elle fut prise à cette époque d'un violent point de côté droit pendant son travail et dut se coucher et rester alitée trois jours. Elle reprit alors ses occupations,

mais sans forces. Elle perd l'appétit, s'essoufflc facilement. Cet état dure jusqu'au 14 septembre où un nouveau point de côté accompagné de frissons la décide à se faire conduire à l'hôpital.

Son interrogatoire ne révèle aucun antécédent pulmonaire, et l'examen clinique, pratiqué dès son entrée, permet de constater de la submatité à la partie moyenne et à la base du poumon droit. Dans toute cette région, les vibrations sont diminuées, mais non abolies ; de même, le murmure vésiculaire est faible et s'accompagne de frottements pleuraux. Il y a de la bronchophonie.

Le 17 septembre, nouvel examen. Cette fois les signes se précisent : la submatité est remplacée par de la matité franche remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate. Les vibrations sont complètement abolies, mais le murmure vésiculaire est encore perceptible. Une ponction exploratrice reste négative.

Le 19, la respiration a presque totalement disparu. Le signe du sou recherché n'est pas perçu. Une nouvelle ponction avec deux aiguilles (pour le cas où l'on se trouverait en présence d'une pleurésie bloquée) reste encore négative.

Le 20, le chef de service recherche lui-même le signe du sou et le trouve ; il fait également une ponction exploratrice qui ramène quelques gouttes d'un liquide sanguinolent.

Le 21, enfin, on peut retirer quelques centimètres cubes de liquide clair, citrin. La température est très élevée, dépassant 40° et la malade tousse continuellement.

Les jours suivants, la fièvre diminue, la toux se calme et il se forme un épanchement avec tous ses signes classiques.

Le 26, on fait une thoracentèse qui permet d'évacuer 200 grammes de liquide citrin qui sont remplacés par de l'air. Deux jours après, la malade est conduite sous l'écran où l'on observe une image hydro-aérique à deux niveaux. La base et le sinus sont couverts par du liquide qui remonte jusqu'au tiers inférieur de l'hémithorax. Au-dessus, une adhérence reliant la plèvre pariétale à la plèvre viscérale a retenu une certaine quantité de ce liquide.

Nous n'insisterons pas plus sur cette observation, nous réservant de la discuter plus tard. Contentons-nous, pour le moment, de noter la lenteur de l'apparition des symptômes liquidiens et la faible quantité de liquide que retira la ponction. Elle ne fut jamais renouvelée et la malade put sortir de l'hôpital une quinzaine de jours plus tard.

OBSERVATION VII

(Malade du service de M. Courcoux)

Mme T..., âgée de 29 ans, papetière, entre le 13 août 1923 à l'Hôpital Andral, pour toux et points douloureux dans le dos. Aucun antécédent pulmonaire, si ce n'est une bronchite à 18 ans. L'examen immédiat révèle un peu de submatité à la base droite avec diminution de la respiration, mais surtout une douleur très nette au point cystique. On l'envoie donc dans un service de chirurgie avec le diagnostic de cholecystite.

Huit jours après, elle revient dans le service avec une pleurésie droite : la ponction évacuatrice faite en chirurgie a donné quelques centimètres cubes de liquide citrin. La malade est assez dyspnéique et on constate un épanchement du côté droit paraissant remonter jusqu'à la partie moyenne de l'omoplate. Il n'y a pas de souffle. Quelques jours plus tard, on pratique la thoracentèse qui permet d'évacuer 700 grammes de liquide citrin et à la suite on fait une insufflation d'air.

L'examen radioscopique montre alors un épanchement cloisonné avec trois niveaux : le liquide résiduel remplissant le cul-de-sac et surmonté d'une grosse bulle d'air qui soutend une bride pleurale, ressemble assez à la coupe d'un canalisation d'égoût ; le 2e et le 3e étage superposés à la partie moyenne du thorax affectent la forme de deux marches d'escalier.

OBSERVATION VIII

(Observation personnelle)

Cette dernière observation n'appartient pas à la clinique hospitalière : elle nous est personnelle. Il s'agissait d'un jeune enfant âgé de 12 ans, dans le passé duquel il n'a pas été possible de déceler d'antécédents pulmonaires. Il avait toujours joui d'une santé florissante lorsqu'il fut pris dernièrement d'un point de côté violent accompagné de frissons et de fièvre. L'examen du petit malade révéla un épanchement du côté droit avec tous ses signes classiques : matité franche remontant jusqu'à la partie moyenne de l'hémithorax, et dans cette zône, abolition complète des vibrations et du murmure vésiculaire. On pouvait aussi percevoir un souffle pleurétique intense. Il y avait en avant du skodisme sous-claviculaire. Enfin le foie était abaissé de deux travers de doigts environ.

On fit une ponction qui permit de retirer 650 grammes de liquide et qu'il fallut renouveler deux jours après. On retira alors 450 grammes qui furent remplacés par 250 cm^3 d'air. On put constater alors une légère ascension du foie, mais qu'il ne revint pas à sa place normale, bien que l'épanchement parut à peu près totalement évacué.

Un cliché radiographique qui fut fait le lendemain, permit de voir une image de pneumo-séreuse avec quatre niveaux différents situés en paliers successifs et paraissant formés par des brides réunissant la plèvre pariétale et la plèvre viscérale comme on pourra s'en rendre compte par la figure ci-jointe (Fig. V).

Ce cliché ne donna pas toutes les constatations qu'on aurait pu retirer d'un examen radioscopique. Il eut été intéressant dans ce cas d'examiner la mobilité du diaphragme et de voir si la faible ascension du foie, après évacuation presque totale de l'épanchement, ne tenait pas à des adhérences fixant le diaphragme en position anormale. A moins qu'il y

Fig. 5.

ait eu parésie et affaissement du diaphragme et du foie comme cela s'observe souvent dans le pneumothorax du côté droit.

Essai de Pathogénie

De l'examen rapide des observations précédentes, il ressort que deux catégories de sujets peuvent présenter ces formes de pleurésies.

I. Les malades atteints de pleurésie enkystée ou cloisonnée ont déja des antécédents pleuraux. — C'est une notion banale que la plèvre touchée par l'infection ou par une irritation quelconque, réagit par une inflammation exsudative. Dans cet exsudat, véritable produit de sécrétion de l'endothélium pleural, deux éléments essentiels sont à considérer : la sérosité et le fibrinogène. Ce dernier tend à se coaguler en partie à la surface de la plèvre, formant des fausses membranes fibrineuses plus ou moins épaisses, blanc jaunâtre, molles et friables qui tantôt tapissent la séreuse et tantôt flottent dans le liquide. Ce sont ces fausses membranes, particulièrement abondantes dans les parties déclives, qui s'organisent et, formant des adhérences entre les deux feuillets de la plèvre, peuvent arriver soit à cloisonner partiellement la cavité pleurale, soit même à isoler totalement un territoire de la séreuse.

Quel est l'avenir de ces séquelles pleurales après la guérison apparente de la maladie, c'est-à-dire la disparition complète du liquide ? Dans certains cas favorables; ces placards fibrineux peuvent se résorber à leur tour et laisser la cavité pleurale parfaitement saine. Ces cas, malheureusement ne paraissent pas très fréquents, et MM. Péline et Daguet, qui ont eu l'occasion de voir défiler un grand nombre de pleurésies et d'en observer les séquelles tardives, ont pu dire que « la guérison anatomique et fonctionnelle de la pleurésie séro-fibrineuse était l'exception et la non guérison la règle ». La plèvre malade reste donc tapissée par tout un appareil de placards, de brides, de cloisonnements fibrineux qui vont s'organiser, faire corps avec elle et peuvent même devenir si résistants que, dans une de ses observations suivies d'autopsie, Andral rapporte que « les fausses membranes étaient épaisses, dures et présentaient assez d'analogie avec l'aspect des cartilages inter articulaires ».

Survient un nouvel épanchement ; que se produira-t-il ? Le liquide va se trouver bridé de tous côtés, circonscrit par ces fausses membranes qui font, en certains points, adhérer intimement les deux feuillets de la plèvre, et il se limitera à une ou plusieurs logettes voisines. Telle est l'explication qui paraît bien s'appliquer à plusieurs des observations résumées plus haut et dans lesquelles des antécédents pleuraux ne sont pas niables.

Dans notre 4e observation, nous retrouvons facile-

ment la notion d'une pleurésie cinq ans auparavant ; le schéma radioscopique joint à cette observation nous a montré avec quelle exubérance la plèvre avait réagi et fractionné le nouvel épanchement en une série de logettes étagées et communiquant d'ailleurs largement les unes avec les autres.

De même le sujet qui fait l'objet de notre 3e observation, avait eu une pleurésie séro-fibrineuse confirmée par la ponction, huit mois auparavant. Il n'est dont pas surprenant qu'il nous ait donné les images en bénitiers que nous avons constatées.

Le processus pathogénique que nous voyons intervenir dans la première observation peut, lui aussi, se rattacher à cette catégorie ; il est cependant un peu différent et demande à être exposé séparément. La pleurésie enkystée y est bien, en effet, la conséquence directe d'un épanchement antérieur, mais alors que dans les cas précédents, nous avons vu la pleurésie primitive s'amender et le second épanchement, enkysté ou cloisonné celui-là, n'apparaître que plusieurs mois, voire plusieurs années après, dans le cas qui nous occupe, au contraire, les deux phénomènes se suivent sans aucune interruption. A proprement parler, il n'y a qu'une seule pleurésie extrêmement exsudative et rebelle, qui après avoir été évacuée à plusieurs reprises, au cours d'une longue évolution et nécessité de nombreux séjours dans divers hôpitaux, a fini par subir une transformation purulente. Elle s'est alors limitée peu à peu, finissant par se cir-

conscrire dans la région axillaire, en formant une poche enkystée avec l'image caractéristique en petit pain que l'on voit dans la figure I. C'est donc cette pleurésie elle-même qui, ayant modifié la nature de ses sécrétions, a produit assez de fibrinogène pour localiser, vraisemblablement autour de la lésion pleurale, une partie de son épanchement, le reste ayant ensuite été résorbé peu à peu.

II. Les malades atteints de pleurésie enkystée ou cloisonnée n'ont pas d'antécédents pleuraux. — A côté de la première catégorie de malades que nous venons d'examiner et dont les antécédents suffisent à expliquer le mode de formation de la poche enkystée ou des cloisonnements pleuraux, nous trouvons une autre série de cas dans lesquels le passé pleural des malades apparaît comme étant absolument vierge, réserve faite d'une légère pleurite sans signes apparents ayant pu passer inaperçue. D'où peut parvenir alors la localisation ou le fractionnement de l'épanchement ? Pas d'adhérences antérieures évidemment, puisque la plèvre n'a jamais été touchée et peut être considérée comme saine. Nous sommes donc conduits à admettre que le cloisonnement ou l'enkystement est contemporain de l'épanchement. Tel paraît bien être le cas dans plusieurs de nos observations.

C'est d'abord la 2e observation. Le passé pulmonaire de cet homme se réduisait à une bronchite grippale vieille de 5 ans, ce qui nous paraît insuffisant pour justifier la présence d'adhérences.

D'autre part, l'examen radioscopique a montré, dès la première fois, que nous avions affaire non seulement à une poche enkystée, mais encore partiellement cloisonnée dans l'intérieur de sa cavité, ce qui tend à indiquer l'abondance de la sécrétion de fibrinogène par rapport à celle du liquide qui paraît en petite quantité. Ce malade a d'ailleurs guéri sans aucune évacuation de liquide.

Dans la 5e observation même remarque : le seul antécédent est une pneumonie à l'âge de 6 ans. L'état général de ce jeune homme est excellent : il ne tousse jamais. Et l'examen radioscopique révèle une image de pleurésie cloisonnée à 3 niveaux. Là aussi le liquide n'est pas en très grande quantité : la ponction unique ne peut en retirer que 500 grammes.

L'observation suivante est particulièrement instructive car elle nous permet d'assister à la formation même de l'épanchement cloisonné. Nous voyons, en effet, que cette femme qui, elle non plus, n'a jamais eu aucun accident pulmonaire, mais qui est fatiguée depuis déjà une quinzaine de jours, présente seulement des signes de pleurite sèche à son entrée à l'hôpital. Dans les jours suivants les signes physiques se précisent : la matité apparaît, les vibrations deviennent de plus en plus difficiles à percevoir, le murmure vésiculaire s'assourdit et s'éteint, et cependant les ponctions répétées restent obstinément sans résultat. Il faut attendre le 6e jour pour arriver à retirer quelques centimè-

tres cube de liquide et l'épanchement se forme enfin au milieu d'un tableau clinique impressionnant. Cet épisode suraigu calmé, on ponctionne et c'est avec peine qu'on peut évacuer 200 grammes de liquide : la radioscopie donne une image de pleurésie cloisonnée à deux niveaux. Il est logique de conclure de ces faits que l'exsudation fibrineuse a précédé la formation du liquide et a été beaucoup plus intense. L'auscultation quotidienne a permis de saisir, avec l'oreille, toute l'évolution de cette pleurésie aussi bien qu'il aurait été possible de le faire avec l'œil pour un processus se déroulant à découvert.

La 7e observation est également démonstrative puisque la malade qui avait été envoyée en chirurgie pour cholécystite, mais à laquelle on avait trouvé, avant son départ, de petits signes de pleurite à la base droite, revint 9 jours après avec un épanchement de moyenne abondance (700 grammes) dont l'image radioscopique était celle d'une pneumo-séreuse à 3 niveaux. Il est vraisemblable que si cette malade avait été auscultée quotidiennement, on aurait observé une évolution analogue à celle de l'observation précédente.

Enfin, dans la dernière observation, il s'agit d'un jeune enfant n'ayant aucun antécédent pleural et chez lequel un épanchement assez abondant donna après évacuation un superbe cliché radiographique de pleurésie cloisonnée à 4 niveaux.

De l'examen attentif de ces observations, et de

leur comparaison il est permis de déduire quelques caractères qui leur sont particuliers :

1°) D'abord cette notion que dans les épanchements qui se produisent dans une plèvre saine, le début du cloisonnement indique le début de la formation des adhérences.

2°) Puisque la précocité du cloisonnement tient à la nature même de l'épanchement, les adhérences se formant d'autant plus rapidement que la pleurésie est plus membraneuse et moins exsudative.

3°) Ensuite que le cloisonnement est d'autant plus intense que la pleurésie est plus vieille et qu'on a fait une injection d'air dans la plèvre.

4°) Enfin que, dans ces formes de pleurésies avec gros exsudat fibrineux, la quantité de liquide est en général bien moindre que dans les autres formes.

Il nous paraît alors que ces pleurésies enkystées ou cloisonnées ayant des caractères définis, jouissent d'une individualité clinique et pathogénique particulière à l'inverse du groupe précédent dont l'aspect morphologique n'était dû qu'à un accident pathologique antérieur. Nous ne saurions les ranger ni dans les simples pleurites sèches puisqu'il y a une exsudation de liquide qui n'existe pas dans ces dernières, ni dans les pleurésies séro-fibrineuses franches puisque nous y rencontrons une abondance de productions membraneuses qu'il n'est pas d'usage d'observer dans les formes banales.

Nous sommes donc conduits à classer la pleurésie cloisonnée comme un stade intermédiaire entre la pleurésie sèche et la pleurésie exsudative à grand épanchement, puisqu'elle participe à la fois de l'une et de l'autre.

L'avenir de ces pleurésies cloisonnées paraît assez bon. C'est une conception classique à l'heure actuelle que le pronostic d'une pleurésie est d'autant plus favorable que l'épanchement est plus membraneux et moins exsudatif. Or, on sait depuis Potain que l'injection d'air dans la plèvre, à la suite de l'évacuation du liquide, exerce sur l'épanchement une influence des plus satisfaisantes ; d'une part en remplaçant la pression brutale du liquide par une pression plus douce, mieux répartie, et qui a l'avantage d'écarter les deux plèvres tomenteuses l'une de l'autre et de comprimer légèrement leur vascularisation intense ; d'autre part en modifiant la nature des sécrétions pleurales et en les orientant dans le sens pseudo-membraneux plutôt qu'exsudatif. Il en résulte qu'il y a grand intérêt, comme le recommandent M. P. E. Weil et le Pr Sergent, à pratiquer presque systématiquement la pneumo-séreuse dans les pleurésies séro-fibrineuses tant pour augmenter la visibilité des différents plans et pouvoir pratiquer un examen radioscopique complet que pour essayer de transformer ces formes exsudatives en pleurésies cloisonnées d'allure plus bénignes.

Le pronostic fonctionnel sera plus réservé. Ces formes très membraneuses laissent derrière elles

des traces souvent indélébiles. Les brides et les cloisons s'organisent et font adhérer fortement les deux feuillets de la plèvre : il en résulte de la symphyse. A l'examen radiologique, le thorax est assombri et réticulé et il n'est pas rare de voir comme dans notre 5e observation une rétraction de tout l'hémithorax, plus ou moins accentuée. C'est dans des cas semblables que le pneumothoroax thérapeutique, s'il est plus tard rendu nécessaire par une lésion sous-jacente, devient très difficile et même impossible. Cette réserve trouve sa place ici et doit rentrer en ligne de compte pour le praticien en lui faisant bien peser sa désicion lorsqu'il décide d'agir sur un épanchement séro-fibrineux banal pour lui donner une forme plus membraneuse.

Conclusions

I. L'usage de la radiologie a montré que les pleurésies enkystées ou cloisonnées de la grande cavité étaient plus fréquentes qu'on ne le croyait. — Des faits que nous venons d'exposer, il résulte en effet que ces pleurésies qui étaient autrefois des trouvailles d'autopsie, ont passé du domaine de l'anatomie pathologique dans celui de la clinique depuis qu'on a pris l'habitude de pratiquer systématiquement l'examen radioscopique (auquel on adjoint dans certains cas la pneumo-séreuse) chez tous les malades atteints d'affections de l'appareil respiratoire.

On a pu constater alors que ces formes de pleurésies n'étaient pas rares et de nombreux auteurs s'attachant à leur étude, ont décrit un certain nombre de types cliniques bien définis.

C'est d'abord la pleurésie enkystée du sommet, déjà connue par Laënnec, et dont la présence égare souvent le diagnostic par ses signes cliniques peu caractéristiques.

C'est ensuite la pleurésie axillaire, généralement secondaire à un autre épanchement de la grande cavité, et dont MM. P. E. Weil et Loiseleur ont dé-

crit l'histoire et l'image radiologique si particulière.

C'est encore la pleurésie enkystée de la base, seule ou parfois associée, comme l'a montré le Pr Sergent, à une pleurésie diaphragmatique. C'est enfin la pleurésie cloisonnée de la grande cavité qui ne peut être découverte que par l'examen radioscopique après évacuation de l'épanchement et pneumo-séreuse, et dont la morphologie est extrêmement variée.

Nous avons tâché de donner par nos observations des exemples aussi typiques que possible de ces différentes formes.

II. Cependant les symptomes cliniques peuvent faire soupçonner le type de ces pleurésies. — C'est pourquoi nous nous sommes attachés à montrer les signes purement cliniques qui, en dehors de la certitude apportée par l'examen radiologique, peuvent faire présumer l'enkystement ou le cloisonnement et prévoir la forme de l'épanchement. Ce sont d'abord les antécédents pleuraux du malade, puis la sonorité anormale de l'espace de Traube dans les gros épanchements du côté gauche, une matité circonscrite ou suspendue, parfois une bande de sonorité entre deux zones de matité, ou encore une thoracentèse donnant une quantité de liquide manifestement plus faible que les symptomes ne le faisaient supposer.

III. Du point de vue pathogénique, on peut considérer la pleurésie enkystée ou cloisonnée comme une forme intermédiaire entre la pleurite sèche et la pleurésie exsudative banale. — Il ressort en effet de nos observations que les malades présentant des épanchements localisés ou cloisonnés de la grande cavité peuvent être classés en deux catégories.

Dans la première peuvent être rangés tous ceux qui ont dans leurs antécédents une pleurésie ou une maladie pulmonaire grave susceptible de laisser des séquelles pleurales. Chez ces malades, le nouvel épanchement trouve la plèvre déjà divisée en logettes et il est limité d'emblée à un ou plusieurs de ces compartiments.

Tout autre est le cas des sujets n'ayant aucun passé pleural pathologique. Chez eux, la plèvre était libre avant la pleurésie, et l'enkystement ou le cloisonnement proviennent de la nature même de l'épanchement qui, contenant du fibrinogène en quantité considérable, se limite lui-même ou se fractionne en plusieurs étages.

Et cela nous amène à classer ces pleurésies dans une situation intermédiaire entre les pleurites sèches et les pleurésies à gros épanchement puisqu'elles sont trop exsudatives pour rentrer dans le cadre des unes et trop membraneuses pour rester avec les autres.

IV. Quant au pronostic « quod ad vitam », ces formes membraneuses paraissent plus favorables que

les formes exsudatives. Aussi nous pensons, avec le P^r^ Sergent, qu'il y a intérêt à essayer d'agir sur les gros épanchements par la pneumo-séreuse pour les transformer en formes membraneuses plus bénignes. Le pronostic fonctionnel est plus réservé, ces formes se terminant par des adhérences puissantes occasionnant souvent de la symphyse pleurale.

Vu le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. EMILE SERGENT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

Laënnec. — Traité de l'auscultation médiate et des maladies des poumons et du cœur. — Paris, 1837.

Andral. — *Clinique Médicale*, Paris 1824.

Dieulafoy. — *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1898-1899, tome III.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne, 13e édition, Paris, Masson, 1901.

Galliard. — Les pleurésies polymorphes. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 24 novembre 1899.

Widal et P. Merklen. — Les pleurésies typhoïdiques. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 27 juillet 1900.

G. Pailhas. — Contribution à l'étude de la pleurésie interlobaire suppurée. — Thèse de Paris, 1889.

A. Rouet. — Traitement des pleurésies à répétition par l'injection gazeuse intra-pleurale. — Thèse de Paris, 1902.

Widal et P. Merklen. — Traitement des épanchements pleuraux à répétition par les injections gazeuses intra-pleurales. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 23 mai 1902.

Achard et Grenet. — Insufflation d'air dans les pleurésies. — *Bull. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 17 avril 1903.

R. Pasteau. — Etude sur la pleurésie purulente du sommet. — Thèse de Paris, 1907.

A. Faurous. — Contribution à l'étude de la pleurésie enkystée du sommet. — Thèse de Paris, 1910.

P. M. Castex. — Contribution à l'étude des pleurésies enkystées du sommet. — Thèse de Paris, 1912.

Castaigne et Debré. — Les maladies de la plèvre. — Le livre du médecin, Poinat, 1912.

Castaigne et Paillard. — Maladies de la plèvre et du médiastin. — Le livre du médecin, 2e édition, Poinat, 1923.

H. Paillard. — Les pleurésies enkystées. — *Gazette des Hôpitaux*, 30 septembre et 7 octobre 1911.

Barjon. — Traité de radiodiagnostic des affections pleuro-pulmonaires, Paris, Masson, 1916.

Sylvain Pocy. — Les pneumo-séreuses artificielles. — Thèse de Toulouse, 1918.

Pelne et Daguet. — Recherches cliniques et radioscopiques sur les séquelles lointaines des épanchements pleuraux. — *Annales de Médecine*, juillet-août 1917.

P. E. Weil et Loiseleur. — La production des pneumo-séreuses. Méthode générale d'exploration radiologique des épanchements dans les séreuses. — *Presse Médicale*, 3 décembre 1917.

— La résorption de l'air dans les séreuses et en particulier dans la séreuse pleurale. — *Presse Médicale*, 6 juin 1918.

— La pneumo-séreuse pleurale au point de vue diagnostique. — *Journal Médical Français*, juillet 1919.

— La pneumo-séreuse pleurale au point de vue thérapeutique. — *Journal Médical Français*, juillet 1919.

— Les pleurésies axillaires. — *Journal des praticiens*, 17 mai 1919.

E. Sergent. — Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire, Paris, Maloine, 1922.

E. Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix. — Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, Paris, Maloine, 1922-23.
Tome II. Appareil respiratoire.

a) Maladies de la plèvre, par Courcoux.

b) Séquelles tardives des plaies de poitrine par E. Sergent et P. Pruvost.

Tome XVIII. Les tuberculoses viscérales.

La tuberculose pleurale, par M. A. Courcoux.

E. Sergent. — Pleurésies enkystées. Pleurésies cloisonnées. Pneumo-séreuses. — *L'évolution médico-chirurgicale*, novembre 1923.

Roger, Widal, Teissier. — Nouveau traité de Médecine, Masson, 1923.

Tome XII. Pathologie de l'appareil respiratoire.

Pathologie de la plèvre, par P. Harvier et Marcel Pinard.

Imp. Commerciale Perrette, Limoges